

BERATUNG BEI DER THERAPIEENTSCHEIDUNG DURCH ETHIK-KONSIL ODER KLINISCHES ETHIK-KOMITEE (KEK)

May, Kettner

I. EINLEITUNG

Im Normalfall entscheidet ein einwilligungsfähiger Patient selbst über seine medizinische Behandlung. Mit der *Bevollmächtigung* einer Person kann ein Entscheidungsträger bestimmt werden für die Zeit, wenn der Betroffene selbst keine Entscheidung mehr treffen kann. Für die gleiche Situation, wenn ein Mensch seine Angelegenheiten nicht mehr regeln kann, kann auch ein *gesetzlicher Betreuer* durch das Vormundschaftsgericht bestellt werden. Die Aufgabenkreise und Befugnisse eines rechtlichen Betreuers werden vom Vormundschaftsgericht bestimmt, wohingegen der Vollmachtgeber mit einer Vollmacht die Befugnisse seines Bevollmächtigten festlegt.

Das Verfahren der Betreuerbestellung kann im Einzelfall recht aufwändig sein und es wird ein *automatisches Vertretungsrecht für Angehörige* diskutiert. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Betreuungsrecht“ empfiehlt in ihrem Zwischenbericht 2002¹ die Einführung einer gesetzlichen Vertretungsbefugnis naher Angehöriger „zumindest in Teilbereichen für grundsätzlich geeignet, um für die Betroffenen und ihre Angehörigen belastende Betreuungsverfahren zu vermeiden und die gelebte familiäre Realität abzubilden. Insbesondere Ehepartner verstehen sich - entgegen der Rechtslage - als vertretungsberechtigte Personen, wenn der andere krankheitsbedingt seine Angelegenheiten nicht regeln kann.“² Diese gesetzliche Vertretungsmacht soll insbesondere für die Gesundheitsorge gelten. Als Begründung nennt die Arbeitsgruppe die Vermeidung belastender Betreuungsverfahren und die Möglichkeit damit, „den kranken Menschen den von ihnen gewollten Vertreter an die Seite zu stellen“³ und meint damit das aus einer ehelichen Lebensgemeinschaft hervorgehende besondere Verhältnis und schränkt dies im Gesetzesvorschlag auf nicht getrennt lebende Eheleute ein⁴. Probst / Knittel sehen eine Beziehung zwischen „Loyalitätsgrad und Nähegrad“ der Angehörigen⁵. Die Ausweitung der Vertretungsbefugnis auf nahe Angehörige soll von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe geprüft werden.

Bei mehreren Angehörigen stellt sich das Problem, wer von ihnen vertretungsbefugt sein soll und nach der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sollen die

¹ Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Betreuungsrecht“ (2002): *Zwischenbericht zur 73. Konferenz der Justizministerinnen und -minister vom 10.-12. Juni 2002 in Weimar*; online unter: <http://www.betreuungsrecht.org/pafiledb3/uploads/zwischenbericht.pdf> [Stand: 01.10.2002]

² Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Betreuungsrecht“ (2002): *Zwischenbericht*, 8

³ Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Betreuungsrecht“ (2002): *Zwischenbericht*, 24

⁴ Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Betreuungsrecht“ (2002): *Zwischenbericht*, 26

⁵ Probst M, Knittel B (2001): Gesetzliche Vertretung durch Angehörige – Alternative zur Betreuung? *ZRP*, 58

Angehörigen entscheidungsbefugt sein, die sich am intensivsten um den Patienten kümmern, denn sie stehen dem Patienten am nächsten⁶. Inhaltlich sieht die Bund-Länder-Arbeitsgruppe den gesetzlich vertretungsbefugten Angehörigen an die Wünsche im Verhältnis zum Wohl des Betroffenen gemäß § 1901 BGB gebunden.

Nach Meinung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe wird dem Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen durch sein „Widerspruchsrecht“ Rechnung getragen, durch welches er dem behandelnden Arzt oder dem Angehörigen seine Ansicht mitteilen kann⁷ oder bereits vorsorglich eine Vorsorgevollmacht erteilt hat. Die gesetzliche Vertretungsbefugnis soll nach Probst / Knittel eine „Notordnung“ neben der Möglichkeit der Vorsorgevollmacht darstellen⁸.

II. MODELLE VON VERTRETUNGSBEFUGNIS UND WILLENS-ERMITTLUNG

Sold hatte 2000 die gesetzliche Vertretungsbefugnis des Staates Texas aufgegriffen und in die Reformdiskussion des Betreuungsrechts eingebracht⁹. In Texas gilt im Rahmen einer Widerspruchslösung die folgende Reihenfolge für die Entscheidungsbefugnis bei einem nichteinwilligungsfähigen Patienten: 1. der Ehepartner, 2. ein erwachsenes Kind als Sprecher aller anderen erwachsenen Kinder 3. die Mehrheit der erwachsenen Kinder 4. die Eltern 5. eine vom Patienten klar als Entscheidungsträger benannte Person oder: der verwandtschaftlich dem Patienten am nächsten Stehende, oder: ein Seelsorger 6. ein vom Gericht bestellter Betreuer. Das Vormundschaftsgericht wird nur dann eingeschaltet, wenn keine Verwandten festgestellt werden können oder erreichbar sind oder ein begründeter Verdacht für den Missbrauch der Entscheidungsgewalt vorliegt¹⁰.

Der behandelnde Mediziner findet sich in der Situation wieder, dass er zur Feststellung des für ihn relevanten Entscheidungsträgers und Gesprächspartners die genauen Verwandtschaftsverhältnisse des Patienten prüfen muss. Was für Schmidt / Sold eine „Entstaatlichung der Entscheidungsfindung und eine Neubewertung des Arzt-Patienten-Verhältnisses“ ist, drängt den Arzt für in die Rolle des Moderators mit der Gefahr des Interessenkonfliktes. Die Ermittlung des Entscheidungsbefugten kann bei unübersichtlichen Familienverhältnissen kompliziert und zeitintensiv sein.

⁶ Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Betreuungsrecht“ (2002): *Zwischenbericht*, 28

⁷ Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Betreuungsrecht“ (2002): *Zwischenbericht*, 28

⁸ Probst M, Knittel B (2001): Gesetzliche Vertretung durch Angehörige – Alternative zur Betreuung? *ZRP*, 58

⁹ Sold M (2000): Plädoyer für eine praktikable Alternative zum gegenwärtigen Betreuungsrecht am Beispiel der USA *Hessisches Ärzteblatt*, 365-367

¹⁰ Schmidt KW, Sold M (2001): Stellvertreterentscheidungen in Gesundheitsfragen und Voraussetzungen von Patienten *Anaesthesist*, 201

Der Entscheidungsträger ist an die Wünsche des Betreuten gebunden (§ 1901 III BGB) und muss diese zu Beginn einer Betreuung ermitteln. Korrektiv für die Wünsche des Betreuten ist dessen Wohl, welches im Einzelfall von den zuvor geäußerten Wünschen abweichen kann. Die Kenntnis der Wünsche und des Wohles eines Betreuten setzt eine intensive Kommunikation voraus. Zur *Ermittlung der Wünsche und Werte* eignet sich insbesondere die Methode der Wertanamnese nach Sass / Kielstein¹¹, die Bestandteil u.a. von neueren integrierten Formularmustern und Arbeitsvorlagen ist¹² oder die Erstellung eines Werttagebuchs nach Grundstein-Amado¹³. Diese intensive Kommunikation des Betreuers mit dem Betreuten zur Erstellung eines Werttagebuchs steht in Übereinstimmung mit § 1901 II 3 BGB, worin gefordert wird, dass der Betreuer wichtige Angelegenheiten mit dem Betreuten bespricht, bevor er sie erledigt, sofern dies dem Wohl des Betreuten nicht zuwiderläuft. Als wichtige Angelegenheiten zählen nach der amtlichen Begründung die in §§ 1896 IV (Fernmeldeverkehr, Post), 1904 (Medizinische Maßnahmen), 1905 (Sterilisation), 1906 (Unterbringung), 1907 (Beendigung des Mietverhältnisses des Betreuten) BGB genannten Gegenstände¹⁴.

Unter dem Oberbegriff des ärztlichen Eingriffs muss nach § 1904 I BGB jede Handlung vormundschaftsgerichtlich genehmigt werden, bei welcher „die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet“ (§ 1904 I 1). Ärztliche Maßnahmen im Sinne dieser Norm können sowohl der Heilung als auch der Gesunderhaltung dienen. Als Heilbehandlung wird jede auf Beseitigung, Besserung oder Verhütung des Fortschreitens einer Krankheit oder die Linderung der Krankheitsfolgen gerichtete Maßnahme beschrieben. Die Maßstäbe zur Bestimmung der Genehmigungspflicht sind nicht einheitlich¹⁵. Vormundschaftsgerichte sind nach der Statistik des Bundesministeriums der Justiz in Relation zur Zahl der Betreuungen selten mit Anträgen nach § 1904 BGB befasst.

Die Anwendungspraxis dieser Norm ist mit bundesweit registrierten Fällen unter 3.000 im Verhältnis zur Zahl der Betreuungen von inzwischen über einer

¹¹ Vgl. Kielstein R, Sass HM (2001): *Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch zur Vorbereitung mit Bausteinen und Modellen*; Sass HM, Kielstein R (2001): *Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht*, 118-124

¹² Bayerisches Staatsministerium der Justiz (2001): *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung*, 21-22; Kielstein R, Sass HM (2001): *Die persönliche Patientenverfügung. Ein Arbeitsbuch zur Vorbereitung mit Bausteinen und Modellen*, 4-12

¹³ Grundstein-Amado R (1995): *Value Inquiry: A Method of Eliciting Advance Health Care Directives*, In: Kielstein R, Sass HM (Hg.) *Materialien zur Erstellung von wertanamnestischen Betreuungsverfügungen*, 23; May A (2001): *Autonomie und Fremdbestimmung*, 216-217

¹⁴ Vgl. Bundestags- Drucksache 11/4528, 134

¹⁵ May A (2001): *Autonomie und Fremdbestimmung*, 117-121

Million¹⁶ gering. Im Jahr 1995¹⁷ wurden bei registrierten 2.890 Fällen nach § 1904 BGB in 89% der Fälle eine Genehmigung erteilt und nur bei 3% der Anträge verweigert. Die restlichen 8% waren durch eine „sonstige Erledigung“ abgeschlossen. In Bezug auf die Zahl der Betreuungen ist dies eine Quote richterlicher Entscheidungen von 0,36%. Für die Jahre 1993 bis 1996 sehen die Zahlen ähnlich aus¹⁸ und in 2001 stieg die Zahl der genehmigten Maßnahmen nach § 1904 BGB (Heilmaßnahmen) von 2.799 auf 3.070¹⁹.

Strätling / Eisenbart / Scharf gehen bundesweit von einer Zahl genehmigungspflichtige Verfahren um 100.000 aus²⁰. Dies bezieht sich allein auf die Zahl der nach dem Wortlaut des § 1904 BGB genehmigungspflichtigen Maßnahmen. Die analoge Anwendung der § 1904 BGB (Behandlungsabbruch als „Maßnahme“) ist umstritten und in der Diskussion. Es scheint sich die Tendenz abzuzeichnen, dass die Amtsgerichte eine analoge Anwendung ablehnen und einige Obergerichte diese Ansicht dann zu korrigieren versuchen²¹.

Die Gründe für die geringe Anzahl an Verfahren nach § 1904 BGB sind vielfältig und oft ist bei solchen Verfahren nicht viel Zeit vorhanden. Die medizinische Situation der Betreuten steht einem lang andauernden Verfahren entgegen. Einige Vormundschaftsrichter präferieren die Lösung der Entscheidungssituation jenseits des gerichtlichen Verfahrens, obwohl für Knieper Vormundschaftsrichter zur *Willensermittlung des Betreuten* besonders geeignet sind: „Vormundschaftsrichter sind spezialisiert auf die Willensermittlung von Personen, die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung ihre eigenen Angelegenheiten nicht mehr allein regeln können (§ 1896 I BGB); [denn] sie sind aufgrund ihrer alltäglichen Arbeit in der Lage, die einzuholenden medizinischen

¹⁶ Für 986.392 Menschen war zum 31.12.2001 eine Betreuung eingerichtet

¹⁷ Nach der Antwort der Bundesregierung auf die große Anfrage der SPD-Fraktion zum Betreuungsrecht. Bundestags- Drucksache 13/7133

¹⁸ 1993: 3.058 Anträge mit 76% Genehmigungen, 9% Ablehnungen und 15% sonstiger Erledigung; 1994: 2.525 Anträge mit 81% Genehmigungen, 7% Ablehnungen und 12% sonstiger Erledigung; 1995: 2.891 Anträge mit 89% Genehmigungen, 3% Ablehnungen und 8% sonstiger Erledigung; 1996: 2.664 Anträge mit 90% Genehmigungen, 2% Ablehnungen und 8% sonstiger Erledigung; 2000: 3.134 Anträge mit 89% Genehmigungen, 3% Ablehnungen und 8% sonstiger Erledigung Quelle: Bundesministerium der Justiz

¹⁹ Nach dem Betreuungsrechtsänderungsgesetz sind gem. § 1904 Abs. 2 BGB seit dem 1.1.1999 auch Einwilligungen von Bevollmächtigten zu genehmigen. Ein signifikanter Anstieg der registrierten Verfahren ist für die Jahre 1999 und 2000 nicht erkennbar.

²⁰ Vgl. Strätling M, Eisenbart B, Scharf VE (2000): Stellvertreterentscheidungen in Gesundheitsfragen unter epidemiologisch-demographischen Gesichtspunkten: Wie realistisch sind die Vorgaben des deutschen Betreuungsrechts? *MedR*, 254; In: Strätling M, Scharf VE, Wulf H, Eisenbart B, Simon A (2000): Stellvertreterentscheidungen in Gesundheitsfragen und Voraussetzungen von Patienten, *Anaesthesist*, 660 waren die Autoren noch von „weit über 100.000 Entscheidungseinzelfällen“ ausgegangen

²¹ Siehe Beitrag Geißendörfer S, May A, Putz W: *Die Rechtspraxis zur analogen Anwendung des § 1904 BGB* 107-129 in diesem Band

Gutachten zu verstehen²². Die Betroffenen sind Vormundschaftsrichtern meist aus vorhergehenden Anhörungen bekannt. Vormundschaftsrichter können bei Bedarf zusätzlich zu einer Patientenverfügung Zeugen zum Herausfinden des Willens des Patienten unter Eid zu nehmen²³ und verfügen für Bauer über weiterreichende Möglichkeiten der Willensermittlung als Ärzte oder Klinischen Ethik-Komitees²⁴. Allerdings merken Wagenitz / Engers an, dass sich der Richter mit einer ethischen Entscheidung alleine finde, wenn die *gerichtliche Willenserforschung* des Patienten kein klares Bild ergibt, und fragen sich, „ob eine solche Entscheidung beim Vormundschaftsgericht in besseren Händen ist als bei Ärzten, Angehörigen oder einem gar vom Patienten selbst vorgeschlagenen oder bevollmächtigten Vertreter. Unstreitig schafft ein justizielles Verfahren für alle Beteiligten Sicherheit, aber es verlängert, wie das Beispiel [OLG Frankfurt am Main 15.07.1998] zeigt, unter Umständen menschliches Leiden erheblich“²⁵.

Unabhängig von der Genehmigung seines Antrages durch das Vormundschaftsgericht bleibt der Betreuer mit seiner Entscheidung allein und muss sie selbst verantworten.

III. MEINUNGSBILDUNG, WILLENSBILDUNG, VERANTWORTUNG

Das Genehmigungsverfahren soll eine Optimierung des Bewertungsprozesses der medizinisch beabsichtigten Alternative leisten und soll dem Betreuer und dem Bevollmächtigtem wegen der Reichweite der Entscheidung bei der Abschätzung aller Handlungsfolgen helfen und ihn unterstützen. Die *Entscheidungsnotwendigkeit* des Entscheidungsträgers (Betreuer oder Bevollmächtigter) bleibt bestehen.

Jenseits des Genehmigungserfordernisses werden manche Entscheidungssituationen als Dilemmasituationen empfunden, die mit oder ohne Unterstützung des Gerichts gelöst und entschieden werden müssen. In der konkreten Situation steigt angesichts des medizinischen Fortschritts die moralische Unsicherheit, die zum einen aus der Beschleunigung und der wachsenden Eingriffstiefe sozialer und technischer Neuerungen herrührt, zum anderen aus der in multikulturellen Gesellschaften unübersehbaren Tatsache, dass unter vernünftigen Menschen nicht nur eine, sondern viele verschiedene Moralauffassungen Platz haben. Welche Außergerichtlichen Strukturen könnten in solchen Entscheidungssituationen helfen? Hier verdienen Ethik-Komitees besondere Aufmerksamkeit.

²² Knieper J (1998): Vormundschaftsgerichtliche Genehmigung des Abbruchs lebenserhaltender Maßnahmen *NJW*, 2720-2721

²³ Vgl. Hoffmann B (1999): Rubrik Aktuelles, Sterbehilfe. Dokumentation der Podiumsdiskussion am 15.10.1998, In: Klie T (Hg.) *Heidelberger Kommentar zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht (HK-BUR)*, 10

²⁴ Bauer A (2002): Juristische Argumentationslinien und die Funktion der Justiz im Rahmen der Sterbehilfedebatte *BtPrax*, 62

²⁵ Wagenitz T, Engers M (1998): Anmerkung zu OLG Frankfurt – BGB § 1904 *FamRZ*, 1257

Warum Moralfragen durch Unsicherheiten dieser Art erzeugt werden, sieht man, wenn man sich die Natur moralischer Überzeugungen klarmacht. Die *Moral* ist das gelebte, d.h. handlungswirksam verinnerlichte Grundverständnis davon, wie „wir alle“ die Auswirkungen unseres Handelns – alles Tun und Lassen – auf relevante Andere im Guten wie im Schlechten ernst nehmen sollten. Jede besondere Moral („die christliche Moral“, „ärztliche Standes-moral“, „Tierschutzmoral“, „Menschenrechtsmoral“ u.a.) ist eine eigene Auslegung dieses Grundverständnisses unter mehreren möglichen. Moralen unterscheiden sich hauptsächlich darin, wer oder was als „der Andere“ zählen soll (alle Menschen – oder nur bestimmte? nur Menschen – oder alle empfindungsfähigen Tiere? usw.) und wie die relevanten anderen Wesen von den moralisch verantwortlich Handelnden berücksichtigt werden müssen (durch Achtung ihrer Selbstbestimmung – oder durch ein Gebot, ihr Wohl nach Kräften zu fördern? durch die Zuschreibung von Rechten, z.B. Achtung eines Rechts auf Leben – oder durch weitergehende Verbote, sie zu schädigen? usw.). Moderne Moralen (z.B. die Moral der Menschenrechte) beziehen sich ihrem Geltungsanspruch nach auf alle Menschen und stützen diesen Anspruch auf die Annahme einer für alle Menschen nachvollziehbaren Vernunft. Moral verhält sich zu Ethik wie Praxis zu Theorie: Ethik (von griechisch „ethos“: Charakter, oder auch Gewohnheit) ist eine philosophische Disziplin: Die Philosophie der Moral, eine theoretische Reflexion der gelebten Moral. Es ist die Aufgabe der Ethik, unseren moralischen Urteilen (z.B.: „Die künstliche Nahrung zu beenden ist moralisch verwerflich, weil es die Menschenwürde missachtet“) auf den Grund zu gehen, d.h. sie auf ihre Stichhaltigkeit, Verallgemeinerbarkeit, Einsichtigkeit und Vereinbarkeit mit unseren übrigen moralischen Urteilen und Urteilsstandards zu untersuchen.

Ethik-Kommissionen oder -Komitees sind auf Moralfragen spezialisierte Beratungsgremien. *Ethikkommissionen* zur Überprüfung von Forschungsvorhaben mit Menschen werden nach Landesrecht eingesetzt, haben einen durch den Gesetzgeber (z.B. Arzneimittelgesetz, Medizinproduktegesetz) und durch die Berufsordnung für Ärzte definierten Auftrag und kontrollieren die moralische Zulässigkeit von Forschung am Menschen.²⁶

In Kliniken werden zunehmend *Klinische Ethik-Komitees* (KEK) eingerichtet. Für den Bereich des Betreuungswesens sind Elemente des Beratungsgremiums Klinisches Ethik-Komitee zu finden. Elemente und Strukturen Klinischer Ethik-Komitees können auch für Ethikberatung im *Betreuungswesen* nutzbar gemacht werden.

Klie macht auf Basis der Erfahrungen zu konsensorientierten Verfahren zur Entscheidungsfindung den Vorschlag, in Dilemmasituationen „unter Beteiligung von Personen des Vertrauens und Angehörigen ... in konsensorientierter Weise

²⁶ Einen guten Eindruck von diesem Gremientyp vermittelt die Freiburger Ethik-Kommission unter <http://www.ukl.uni-freiburg.de/ethik-kommission/>

die Vorbereitung für Entscheidungen der Entscheidungsträger²⁷ zu ermöglichen. Damit wird nach Klie eine „möglichst qualifizierte und von den Beteiligten allesamt getragene Entscheidung möglich“. Klie plädiert für *interdisziplinäre Konsilien* im Zusammenhang mit Qualitätssicherung ggf. „auch unter Beteiligung der Justiz bzw. mit Supervisionsfunktion der Justiz“²⁸. Dies soll die „Qualität der Entscheidung“²⁹ erhöhen.

Wir möchten einen wichtigen Unterschied hervorheben, der in Klies Formulierung unterzugehen scheint. Im Genehmigungsverfahren muss die Meinungsbildung von der Willensbildung klar abgesetzt werden. Die *Willensbildung* drückt sich in der Absicht aus, eine Entscheidung zu treffen. In dieser Entscheidung terminiert die Willensbildung. Die Entscheidung liegt beim Betreuer oder Bevollmächtigten. Sie steht aber unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch einen Vormundschaftsrichter: da dieser die Kontrolle über die Entscheidung durch seine Entscheidung ausübt, ist er ein Entscheider zweiter Ordnung. Wenn der Vormundschaftsrichter mit der hypothetischen Entscheidung des Betreuers nicht einverstanden ist, kann er den Betreuer auswechseln oder die Entscheidung an sich ziehen. Der Betreuer versucht sich deshalb vernünftigerweise an schon bekannten oder antizipierten Entscheidungen des Vormundschaftsrichters zu orientieren, um seinen eigenen Entscheidungsspielraum (der natürlich seinerseits durch Wille und Wohl des Betreuten restringiert sein soll) möglichst zu erhalten. Der Richter hat aufgrund seiner Rolle in der Willensbildung ein Entscheidungsprivileg. – Die *Meinungsbildung* drückt sich in der Absicht aus, Wille und Wohl des Betreuten möglichst verlässlich in Erfahrung zu bringen und eine etwaige Entscheidung hieran auszurichten. Die Meinungsbildung terminiert in den guten Gründen, an denen sich die Vernünftigkeit (Begründbarkeit, Vertretbarkeit) einer etwaigen Entscheidung messen lassen muss. Die Qualität der Meinungsbildung ist offenbar für die Qualität der Entscheidung verantwortlich. Aber wer ist für die Qualität der Meinungsbildung verantwortlich? Offenbar wiederum der Betreuer. Aber während es der dem Entscheiden eigenen Rationalität zugutekommt, wenn die Entscheidungskompetenz in einer einzigen Person zusammenläuft, die allein verantwortlich ist, wird die Rationalität der Meinungsbildung dadurch gesteigert, dass möglichst alle relevanten Teilnehmerperspektiven unter Bedingungen der diskursiven Gleichberechtigung zur Geltung kommen können. Unter diesen Bedingungen darf es keine privilegierte Position geben, nur bessere oder schlechtere Gründe. Die Meinungsbildung soll *im konkreten Einzelfall* Wille und Wohl des Betroffenen, bzw. was dafür gehalten wird, in Entscheidungsgründe übersetzen. Was „gute“ und „bessere“ Gründe in diesem Zusammenhang sind, bemisst sich dann offenbar an der erreichten, artikulierten, reflektierten Nähe zum konkreten Einzelfall. Wenn sich an den Argumenten einer Person P1

²⁷ Klie T (2002): Gesetzliches Vertretungsrecht für Angehörige *BtPrax*, 96

²⁸ Klie T (2002): Gesetzliches Vertretungsrecht für Angehörige *BtPrax*, 96

²⁹ Klie T (2002): Gesetzliches Vertretungsrecht für Angehörige *BtPrax*, 96

zeigt, dass ihre Gründe der Wirklichkeit des Einzelfalls näher kommen, als die einer anderen, an der Meinungsbildung beteiligten Person P2, sind die Gründe von P1 die besseren Gründe. Es sollte hierbei keine Rolle spielen, ob P1 der Betreuer und P2 der Richter ist oder umgekehrt. Die privilegierte Position, die dem Richter qua Richter in der Willensbildung zukommen kann, sollte ihm in der Meinungsbildung gerade nicht zukommen können. Faktisch lässt sich aber beobachten, dass an der Meinungsbildung teilnehmende Richter durch die Mitteilung ihrer Rechtsauffassung in eine stärkere Position als andere Teilnehmer auch dann kommen, wenn die Mitteilung ihrer Rechtsauffassung sich nicht aus der Nähe zum Einzelfall speist. Entweder nimmt der Richter an der Meinungsbildung auf gleichem Fuße wie andere teil. Dann konvergiert seine Position aber mit der z.B. des Betreuers und er kann kein Privileg reklamieren. Oder er nimmt an der Meinungsbildung mit einer Machtposition teil, die sich der Übertragung seiner privilegierten Position innerhalb der Willensbildung verdankt. In Klies Formulierung über „Supervision“ ist unklar, welche Position der Richter in einem „interdisziplinären Konsil“ ausüben soll. Wenn Supervision soviel wie Kontrolle heißt, dann wäre es zwar vernünftig, dass der Richter die Entscheidung kontrolliert, aber unvernünftig, wenn er die Meinungsbildung kontrolliert. Freie Meinungsbildung ist mit Supervision in diesem Sinne unvereinbar.

Für das Betreuungswesen hat einer der Autoren im Stufenmodell zur Qualifizierung im Betreuungswesen das Konzept einer *Konsensuskonferenz* als interdisziplinär besetztes Gremium mit am Betreuungswesen beteiligten Personen vorgestellt³⁰.

In der Konsensuskonferenz ist Raum für einzelfallorientierte Fallbesprechungen zu konkreten Problemstellungen und es kann eine Analyse und Bewertung eines Sachverhalts stattfinden. Die Konsensuskonferenz bildet wie ein *einzelfallorientiertes Ethikkonsil* durch eine „integrative und ausgewogene Herangehensweise“³¹ den Ort zur Optimierung der Entscheidungsfindung und Betrachtung aller Argumente und Meinungen. Auf prozessualer Ebene und der Ebene der Meinungsbildung ist eine Konsensuskonferenz ein wesentliches Instrument zur Bewertung des Sachverhalts aus verschiedenen Perspektiven. Die Stärken einer Konsensuskonferenz liegen in der argumentativen Vorbereitung einer Entscheidung. Hierfür existieren auch bereits unterschiedliche Fragebogen-Instrumente. Der „*Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis*“³² z.B. liefert ein strukturiertes Frageschema zur patientenorientierten Bewertung der Behandlungsoptionen und nimmt eine klare Trennung der

³⁰ May A (2002): *Das Stufenmodell zur Qualifizierung im Betreuungswesen*, 41-43; May A (2002): *Ethische Kompetenz – Das Stufenmodell zur Qualifizierung im Betreuungswesen (Teil II) BtPrax*, 109-110

³¹ Reiter-Theil S (1999): *Ethik in der Klinik – Theorie für die Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils Ethik in der Medizin*, 223

³² Vgl. Viefhues H, Sass HM (1987): *Der Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis* Medizinethische Materialien Nr. 2, 6-9

technischen Fakten und ethischer Parameter vor. Die Selbstbestimmung des Patienten wird hier nicht von vornherein vorausgesetzt oder bestritten, sondern selbst zum Gegenstand der medizinethischen Diagnose gemacht. Es wird die Frage nach der Beurteilung gestellt, wieweit der Patient in die Bewertung einbezogen oder sie ihm sogar ganz überlassen werden kann. Ein Votum der Konsensuskonferenz ist nicht als bindendes Mandat zu verstehen, sondern als optimierte Form des Austausches im Sinne eines analytisch-diskursiven Ansatzes. Der Gang der Argumentation muss nach Klärung der Prämissen und Gewichtungsfaktoren der Argumente transparent sein. Dabei soll an einzelfallbezogene Ethik-Komitees keine Entscheidungsverantwortung delegiert werden und Voten „können das Urteil des Entscheidungsträgers wohl erhellen, aber nicht ersetzen“³³ und es geht für die kirchlichen Krankenhausverbände um ein „Forum der Normfindung bei konkret-ethischen Problemen“³⁴.

IV. WIE FUNKTIONIEREN KLINISCHE ETHIK-KOMITEES?

Klinische Ethik-Komitees sind als *Ethikberatungsgremien* auf die Bearbeitung strittiger Moralfragen spezialisiert. Strittigen Moralfragen ihrerseits ist unter den wertpluralistischen Bedingungen liberaler Gesellschaften nur gemeinsam, dass sie nicht autoritativ (z.B. durch eine religiöse Zentralinstanz oder eine homogene eingelebte Sozialmoral) gelöst, sondern nur durch einen relativ öffentlichen (nämlich auf alle von diesen Fragen betroffenen Personen bezogenen) Vernunftgebrauch und deshalb konsensorientiert "beantwortet" werden können. Die aus diskursivem Argumentieren hervorgehende Konsensbildung spielt daher in nationalen und internationalen Ethik-Komitees (z.B. Nationaler Ethikrat), in klinischen Ethik-Komitees (KEK) und in Forschungsethik-Kommissionen (FEK), unerachtet aller Unterschiede, die Rolle einer regulativen, d.h. über die in einem bestimmten normativen Sinne richtige Richtung orientierenden Idee.³⁵ Das diskursive Argumentieren - das nach trans-

³³ Deutscher Evangelischer Krankenhausverband; Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (Hg.) (1997): *Ethik-Komitee im Krankenhaus*, 20

³⁴ Deutscher Evangelischer Krankenhausverband; Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (Hg.) (1997): *Ethik-Komitee im Krankenhaus*, 21

³⁵ Von der allzu einfachen, ergebnisfixierten Vorstellung, Konsensbildung impliziere, dass Übereinstimmung im Urteil aller über »die eine richtige Lösung« tatsächlich vorliegt, wird man sich verabschieden müssen. Nur als ein Prozessbegriff hat der Konsensbegriff einen vernünftigen Sinn. Konsentieren meint dann ein rechtgebendes Zustimmung; ein Zustimmung zu einem Anspruch, den Personen, wenn sie urteilen, für weitere Personen erheben; zu einem Anspruch, dass ihr Urteil für die einen so wie für die anderen gelte unter all denen, für die es gelten soll. Insoweit das Konsentieren auf dem Unterscheiden besserer und schlechterer Gründe beruht (weil es aus Argumentation hervorgeht) und das Unterscheiden besserer und schlechterer Gründe idealiter ein Prozess von rekursiver, unabschließbarer und sich selbst immerzu aktualisierender Form ist, ist jeder faktisch erzielte Konsens (Konsenszustand) ein revidierbares Reflexionsgleichgewicht von schon entkräfteten Dissensgründen und noch nicht entkräfteten Konsensgründen. Diese diskurstheoretisch auszuführende Bemerkung können

zendentalpragmatischer Auffassung³⁶ schon eine unbestreitbare universalistische Minimalmoral enthält - wird allerdings in den verschiedenen Beratungsformen in die Zwecksetzungen dieser Formen, in denen sie sich auch unterscheiden, eingebunden und dadurch unterschiedlich kontextuiert. Die rein argumentative Urteilsbildung, *Diskursivität*, ist in den Beratungsorganen nicht Selbstzweck, sondern wird dort, angepasst an die leitenden Zielsetzungen und Organisationsformen, zum problembezogenen Überlegen, *Deliberation*.³⁷

Die Aktivität ethisch beratender Gremien und damit auch die Klinischer Ethik-Komitees lässt sich, in größter Abstraktion, so beschreiben: Solche Gremien müssen inhaltlich spezialisierte Moralurteile bilden, die aus Wahrnehmungen akuter moralisch problematischer Situationen aufsteigen und auf diese in einer institutionell autorisierten Weise antworten. Aus dieser noch ganz abstrakten pragmatischen Beschreibung lassen sich Gruppen von praxisleitenden Regeln ableiten (in einem schwachen Sinne von „ableiten“). Praxisleitende Regeln sind Regeln, die den Personen, die sich mit den betreffenden Aktivitäten vertraut gemacht und sich in ihnen zu „bewegen“ gelernt haben, erlauben, zwischen normalen („richtigen“) und abweichenden („nicht richtigen“) Spielzügen ihrer gemeinsamen Praxis zu unterscheiden und diese entsprechend zu beurteilen³⁸

Zur konkreten Arbeit Klinischer Ethik-Komitees³⁹ ist die Empfehlung der

wir an dieser Stelle nicht entwickeln.

³⁶ Apel KO (1988): Die transzendentalpragmatische Begründung der Kommunikationsethik und das Problem der höchsten Stufe einer Entwicklungslogik des moralischen Bewusstseins. In: Ders.: *Diskurs und Verantwortung*, 306-369.

³⁷ Eine anspruchsvolle, diskurstheoretisch aufgeklärte Analyse von Deliberation gibt Richardson HS (1994): *Practical Reasoning about Final Ends*.

³⁸ Schauer, Frederick (1991): *Playing by the Rules. A Philosophical Examination of Rule-Based Decision-Making in Law and in Life*.

³⁹ Vgl. Ross JW (1986): *Handbook for Hospital Ethics Committees. American Hospital Association*; Robertson J A (1991): Ethics Committees in Hospitals: Alternative Structures and Responsibilities. *Issues in Law & Medicine* 7 (1), 83-91; Heitman E (1995): Institutional Ethics Committees: Local Perspectives on Ethical Issues in Medicine. In: Bulger RE, Bobby EM, Fineberg HV (Hg.): *Society's Choices: Social and Ethical Decision Making in Biomedicine. Washington*, 409-431 zu klinischen Ethik-Komitees. Für Forschungsethik-Kommissionen finden sich konzentrierte Beschreibungen z.B. bei Wilkening A (2001): *Zur aktuellen Praxis der Ethik-Kommissionen - Verbreitung, Besetzung und Beratungsinhalte. MedR*, 301-305; Megone C (2000): Demokratie, Liberalismus, Kommunitarismus: Bezüge zu lokalen forschungsethischen Komitees. In: Kettner M (Hg.): *Angewandte Ethik als Politikum*, 165-192; Calliess GP (1998): *Prozedurales Recht*, 248-266; Czwalinna J (1987): *Ethik-Kommissionen. Forschungslegitimation durch Verfahren*. Zu nationalen Ethik-Komitees s. Rippe KP (1999): Ethikkommissionen als Expertengremien? Das Beispiel der Eidgenössischen Ethikkommission. In: Ders. (Hg.): *Angewandte Ethik in der pluralistischen Gesellschaft*, 359-370; Rippe KP (2000): Ethikkommissionen in der deliberativen Demokratie. In: Kettner M. (Hg.): *Angewandte Ethik als Politikum*, 140-164; Koch L, Zahle H (2000): Ethik für das Volk. Dänemarks Ethischer Rat und sein Ort in der Bürgergesellschaft. In: Kettner M (Hg.): *Angewandte Ethik als Politikum*, 117-139.

konfessionellen Krankenhausverbände 1997⁴⁰ aufschlussreich. Nach der Empfehlung sind Klinische Ethik-Komitees an einem Krankenhaus angesiedelt, „das ethische Konflikte kennt und bewusst angehen will“⁴¹. Als Ideal der Arbeit eines Klinischen Ethik-Komitees (KEK) stellt es beratend „ein Forum für schwierige und kontroverse moralische Entscheidungen bereit.“⁴² Zu den Aufgaben eines Klinischen Ethik-Komitees gehören (1) die Weiterbildung in medizinischer Ethik, (2) die Entwicklung von Leitlinien, welche die moralische Integrität der Institution gewährleisten sollen, und (3) einzelfallbezogene Beratung, entweder im Rückblick oder bezogen auf aktuelle Behandlungsentscheidungen, die die Betroffenen als moralisch problematisch wahrnehmen.

Die Funktionsweise Klinischer Ethik-Komitees kann in vier *Regelgruppen* (RG1-RG4) dargestellt werden.

Die erste Gruppe (RG1) umfasst *Regeln der Institutionalisierung*. Darunter verstehen wir Praxisregeln, die sich darauf beziehen, wie ein beratendes Ethik-Gremium in einem definierten institutionellen Kontext (z.B. einer Klinik) „in Gang gebracht“ wird (*Implementierungsregeln*); wie es Mitglieder, Stellvertreter o.ä. rekrutiert und zwischen diesen und weiteren Graden von Zugehörigkeit, z.B. Interessenten, unterscheidet (*Rekrutierungsregeln*); wie es seinen Bestand regelt, z.B. seine Arbeitszeiten, Sitzungsdauer und -häufigkeit, Zusammensetzung des Mitgliederbestands (*Bestandsregeln*); und wie es durch geeignete Aktivitäten der Dokumentation, Weiterbildung und Evaluierung die Qualität seiner Arbeit sichert (*Qualitätssicherungsregeln*).

Wie kommt ein neues ethisch beratendes Gremium in den Kontext bestehender Institutionen (bei KEKs das Krankenhaus oder ein Klinikverbund) hinein? Wer darf oder soll wie lange und in welcher Eigenschaft dem Gremium zugehören, und wie sollte dessen Normalbetrieb aussehen? Die diesen Fragen entsprechenden Regeln sind die Institutionalisierungsregeln.

Die zweite Gruppe (RG2) umfasst alle *Input-Regeln*. Diese beziehen sich darauf, auf welche Weise und von wem das Ethik-Gremium Eingaben für seine Arbeit erhalten kann (*Aktivierungsregeln*). Im Falle des KEK stellt sich die Frage, ob nur Krankenhausangehörige und/oder Patienten das KEK um Rat fragen dürfen. Die Antragsbefugnis kann auf betroffene Mitarbeiter und

⁴⁰ Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEK e.V.) und Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKD e.V.) (1997) Hg.: *Ethik-Komitees im Krankenhaus*. Freiburg.

⁴¹ Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEK e.V.) und Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKD e.V.) (1997) Hg.: *Ethik-Komitees im Krankenhaus*. Freiburg, 16

⁴² Präambel des Klinischen Ethik Komitees der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), aus: Kettner M, May A: Ethik-Komitees in der Klinik. Zur Moral einer neuen Institution, In: Rösen J: *Jahrbuch des Kulturwissenschaftlichen Instituts im Wissenschaftszentrum NRW 2000/2001*, Essen 2001, 492

Patienten⁴³ beschränkt oder auf „alle an der Patientenversorgung beteiligten und davon betroffenen Personen, insbesondere Mitarbeiter/innen und Patienten/innen der MHH sowie deren Angehörige“⁴⁴ und Gremien des Hauses ausgeweitet sein. Das KEK sollte einen Bereich von Aufgaben abstecken, für den es Zuständigkeit beansprucht (*Zuständigkeitsregeln*). Wann, auf welche Weise und in Bezug worauf wird das Gremium aktiv? Die auf diese Fragen antwortenden Regeln sind die Input-Regeln.

Das KEK wird - als ein beratend tätiges Gremium - in seinen Operationen moralische Überlegungsprozesse realisieren müssen. Diese werden unter der dritten Gruppe (RG3) als *Deliberationsregeln* zusammengefasst. Da sich die Beratungstätigkeit auf Moralfragen spezialisiert, muss das Gremium über eine selektive Wahrnehmung moralischer Probleme verfügen. Und da die Beratungsleistung der verschiedenen Gremien den Anforderungen angepasst sein muss, die in Abhängigkeit vom institutionellen Kontext variieren, werden in die Gruppe der Deliberationsregeln auch Regeln aufzunehmen sein, die die Beratungsleistung des Gremiums je nach institutionellem Kontext spezifizieren. Die Deliberationsregeln lassen sich weiter untergliedern:

(1) Die Wahrnehmung moralischer Probleme erfordert *Problemsortierungsregeln*. Die an das Gremium als problematisch herangetragenen Situationen oder Tatbestände tragen ja sozusagen keine Kennzeichnung auf der Stirn, anhand deren sie ins Moralfach oder in ein anderes Fach zu sortieren wären.⁴⁵ Dennoch muss die Unterscheidung, ob eine - ggf. was an einer - Problemsituation ein Moralproblem beinhaltet (und zwar eines, das in die Zuständigkeit des Gremiums fällt, siehe RG2) oder nicht, in geregelter Form gehandhabt werden.

(2) Zu den Deliberationsregeln müssen auch Regeln gehören, die bestimmen, was gemäß dem Selbstverständnis des Gremiums *nicht* auf seine Agenda kommen soll (*Nichtthematisierungsregeln*).⁴⁶ Eine Begrenzung der Thematisierung ist wegen der stets begrenzten Kompetenzen (vgl. RG2) und Ressourcen (vor allem der Zeit, vgl. RG1) pragmatisch notwendig für den Deli-

⁴³ Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEK e.V.) und Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKD e.V.) (1997) Hg.: *Ethik-Komitees im Krankenhaus*, 17

⁴⁴ Satzung des Klinischen Ethik Komitee (KEK) der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

⁴⁵ Immer wieder stolpert man in der Literatur über Auflistungen der Aufgaben von KEKs, sie sollten die ethischen (im Unterschied zu emotionalen, rechtlichen, religiösen, professionellen etc.) Seiten einer Problemsituation identifizieren. Das klingt ein wenig nach der Aufgabe, unter Äpfeln, Birnen und Pflaumen das *Obst* zu identifizieren. Denn unter Umständen sind es ja gerade die emotionalen, rechtlichen, religiösen, professionellen Seiten einer Problemsituation, die in dieser Problemsituation zu moralischer Unsicherheit führen, also Moralprobleme darstellen.

⁴⁶ Nichtthematisierungsregeln sind diskursethisch legitim, freilich nur so weit, wie sie erstens pragmatisch notwendig sind und zweitens die Probleme, deren Bearbeitung sie abdrängen, in andere geeignete Bahnen kanalisiert werden können.

berationsprozess.

(3) Ein ethikberatendes Gremium kommt normalerweise zu Stellungnahmen im Rahmen der als moralisch problematisch wahrgenommenen Situation. Daher muss das Gremium solche Stellungnahmen als moralische Stellungnahmen (Moralurteile) verstehen und auch so verstanden wissen wollen. Zur Bildung von Moralurteilen, für die Geltungsansprüche erhoben werden können, sind aber normative Grundlagen (im einfachsten Fall: eine bestimmte Moralauffassung) erforderlich und daher: Regeln der *Integration von normativen Grundlagen* in die Deliberation. Hier ist an ethische Grundtheorien zu denken (Utilitarismus, Kontraktualismus, Kantianismus u.a.), an "Moralprinzipien" (z.B. die bekannten „vier Prinzipien der Bioethik“ nach Beauchamp / Childress⁴⁷ im Mainstream der amerikanischen Bioethik), an standesmäßige (z.B. ärztliche) oder auch religiös texturierte Moralen (z.B. christliche Ethik). Ein Gremium mit utilitaristisch orientierten Überlegungen unterscheidet sich *ceteris paribus* in seinen Regeln der Integration normativer Grundlagen von einem Gremium, das seine Überlegungen am "Geist des Evangeliums" [DEK und EKD 1997, 5] orientiert. Allerdings ist innerhalb der philosophischen Ethik sehr umstritten, wie viel die Orientierung an derart großformatigen ethischen Grundlagen wirklich zur Ausstattung von Moralurteilen mit vernünftiger Autorität beiträgt. Aber dass überhaupt normative Grundlagen - in geeigneten Formaten - einzubeziehen sind, ist kaum strittig. Auch werden sich die Überlegungen in ethischen Beratungsorganen oft nicht auf normative Grundlagen im rein moralischen Sinne von Normativität beschränken können, sogar dann nicht, wenn die Überlegungen auf eine Stellungnahme im rein moralischen Sinne von Normativität (nämlich auf ein Moralurteil) hinauswollen. Oft werden nämlich normative Grundlagen nichtmoralischer Art zu integrieren sein, z.B. geltendes Recht.⁴⁸ Die "Integration" normativer Grundlagen hat also eine zweifache Bedeutung: Wie werden spezifisch moralische Standards in die Urteilsbildung einbezogen - und wie werden diese Standards mit anderen relevanten Standards vermittelt, die andere, außermoralische Weisen der Verbindlichkeit verkörpern (z.B. rechtliche)?

(4) Außerdem wird die Gruppe der Deliberationsregeln solche enthalten, die die Überlegungen und somit die gesamte Beratungsleistung des betreffenden Gremiums auf den für es spezifisch erwarteten Input und Output (siehe RG1, RG2 und RG4) zuschneiden (*spezifische Ablaufregeln*). Eine Forschungsethik-

⁴⁷ Beauchamp TL, Childress JF (2001): *Principles of Biomedical Ethics*

⁴⁸ Ein KEK in Deutschland z.B. muss in der Regel auch Gesetze und professionsethische Erklärungen (z.B. die Erklärung von Helsinki), nationales und transnationales Recht (wie das deutsche Arzneimittelgesetz oder das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin oder Europäische Bioethikkonvention), Empfehlungen und Richtlinien der Bundesärztekammer, aber auch frühere, aus der Arbeit des KEKs selber bereits hervorgegangene Stellungnahmen (z.B. Stellungnahmen zu Leitlinien und Beratungsergebnisse zu Einzelfällen) sinnvoll integrieren.

Kommission, von der man die Prüfung der moralischen Integrität von Versuchsplänen erwartet, wird sich *ceteris paribus* in ihren spezifischen Ablaufregeln z.B. von einem klinischen Ethik-Komitee unterscheiden, dessen spezifische Ablaufregeln auf Einzelfallberatung sowie auf Leitlinienentwicklung zugeschnitten sind. Noch eine weitere Gruppe von Regeln (RG4) lässt sich strukturell bestimmen: die *Output-Regeln*. Diese regeln die Implikationen, die die Stellungnahmen (Moralurteile), zu denen das Gremium in seinen Überlegungen gelangt, haben oder haben sollten. Stellungnahmen müssen den Ratsuchenden, die dem Gremium den Anlass zum Tätigwerden gegeben haben (siehe RG2), in geeigneter Form dargeboten werden (*Darbietungsregeln*). Auch wie es mit den Stellungnahmen über die Darbietung hinaus weitergehen soll, bedarf der Regelung (*Anschlussregeln*). Anschlussregeln bestimmen z.B., ob und wenn ja welche Sanktionen sich an Beachtung bzw. Nichtbeachtung einer Stellungnahme knüpfen. Aber auch wenn ein Gremium seine Stellungnahmen ganz sanktionsfrei und „rein beratend“ zur Geltung bringen will, werden passende Anschlussregeln benötigt, hier z.B. solche, die dem Gremium gestatten zu monitorieren, ob die erwünschte Nichtdirektivität in den weiteren Kreisen, die die Darbietung der Stellungnahme sozusagen im Leben der Institution zieht, auch durchweg erhalten bleibt.⁴⁹

Die Einrichtung von Ethik-Komitees ist für das Betreuungswesen ein relatives Novum, im Bereich des Gesundheitswesens wurden KEKs 1997 als eine attraktive Form institutionalisierter Moral in Deutschland „entdeckt“, als der Katholische und der Evangelische Krankenhausverband in einer gemeinsamen Empfehlung dazu aufriefen, KEKs in christlichen Krankenhäusern einzurichten. Gremien der Ethikberatung und damit Ethik-Komitees sollen nach Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 20./21.06.2002 im Bereich der Sterbebegleitung eine größere Bedeutung erhalten. Weiter werden KEKs im Zusammenhang mit der Zertifizierung von Krankenhäusern abgefragt⁵⁰. Im Vordergrund der Ethikberatung steht die konkrete moralische Konfliktsituation, bei der im Bereich des Betreuungswesens das vormundschaftsgerichtliche Genehmigungsverfahren nur in einer geringen Zahl der Entscheidungssituationen zur Verfügung steht. Zusammenfassend kommen wir zu folgender Einschätzung: Zusätzlich zum gerichtlichen Verfahren kann die Beratung durch KEKs oder Konsilien oder Konsensuskonferenzen im Bereich des Betreuungswesens stattfinden.

⁴⁹ In diesen Zusammenhang gehört die sehr ernstzunehmende Befürchtung von Skeptikern, dass die Einführung eines KEKs die moralische Ökonomie einer Klinik negativ beeinflusst, weil moralische Verantwortung nun verschoben und verdünnt wird.

⁵⁰ Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) (2002): KTQ Katalog, 2. Auflage, 170. Dort wird im Zertifizierungsmanual die Berücksichtigung ethischer Fragestellungen z.B. durch die Einrichtung von „Ethikkomitees im Krankenhaus oder anderer Gruppen mit der gleichen Zielsetzung“ abgefragt